

患者等搬送乗務員講習受講申請書

年 月 日	
五所川原地区消防事務組合 消防長 殿	
申請者 氏 名	
区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員(車椅子専用)
<input type="checkbox"/> 基礎講習 <input type="checkbox"/> 定期講習 <input type="checkbox"/> 補完講習	
写 真 (縦 30 mm× 横 24 mm)	ふりがな 氏 名
	年 月 日生
	住 所
電話 () ー	
本 籍	
都 道 府 県	
勤 務 先	名 称
	所在地
電話 () ー	
※ 受付欄	
※ 経過欄	

- 備考 1 定期講習の場合は、写真添付の必要はありません。
- 2 写真は、6か月以内に撮影した正面上半身像(縦30mm×横24mm)のもので、その裏面に氏名、生年月日及び撮影年月日を記載したものを添付すること。
- 3 ※欄には記入しないこと。